FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

JOSEPH HENRY

Né le 2 Février 1898 à Duault (Côtes-du-Nord)

Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

(ANNÉE 1924)

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

LE DOYEN . . . M. ROGER

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N ..
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic^{le}.
ABRAMI.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic^{le}.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic^{le}.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE....	Anatomie
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic^{le}
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic^{le}
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic^{le}
MONDOR.....	Pathologie chirurgic^{le}
MOURE.....	Pathologie chirurgic^{le}
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
TANON.	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie
VILLARET.....	Pathologie médicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique

M.	
RETTERER.....	Histologie

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrête que les opinions émises dans l dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'el n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale ;

Accoucheur de la Maternité Baudelocque ;

Officier de la Légion d'Honneur.

Avec l'expression de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut ;

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qu'il trouve ici le modeste hommage de notre très grande reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur GILBERT, Médecin de l'Hôtel-Dieu;

M. le Professeur GOSSET, Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière ;

M. le Professeur agrégé RIBIERRE, Médecin de l'Hôpital Necker ;

M. le Professeur agrégé AUVRAY, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec ;

M. le Docteur HALLÉ, Médecin de l'Hôpital Necker ;

M. le Professeur NOBÉCOURT, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ;

M. le Professeur agrégé LE LORIER, Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut.

A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Des statistiques dans le genre de celles qui font l'objet de notre thèse sont faites tous les ans à la Clinique Baudelocque. M. le Docteur Le Lorier, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, pensant qu'il serait utile qu'un tel travail fut fait dans toutes les Maternités, a bien voulu nous charger de faire le tableau du fonctionnement de son service pendant l'année 1924. Nous le prions de trouver ici nos remerciements et l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement si profitable que ce travail nous a procuré.

Nous avons emprunté, pour établir nos statistiques, le plan qu'adoptèrent MM. les Docteurs Job et Géant dans leur thèse « Fonctionnement de la Clinique obstétricale Baudelocque pendant les années 1921 et 1922 ».

Nous diviserons ce travail en trois parties :

Première partie : *Les Consultations;*
Deuxième partie : *Le Service d'Accouchement;*
Troisième partie : *Le Service social.*

PREMIÈRE PARTIE

LES CONSULTATIONS

1° *Consultations des femmes en état de gestation* (tous les jours de 9 heures à midi).

Nombre de consultantes	1.783
Consultations données	5.761
Femmes traitées par la consultation :	
Sièges	52
Présentations de l'épaule	6
Albuminurie	32
Fibromes	0
Pertes de sang	14

2° *Consultation des mères nourrices et des nourrissons* (le samedi et mardi à 14 heures).

Consultations données	3.184
Enfants présentés aux consultations	577
Enfants allaités au sein	537
Enfants nourris au lait de vache	40

3° *Dispensaire antisyphilitique* (le samedi à 9 h.).

Nombre des inscriptions	163
Femmes	119
Enfants	44
Ont été soumis à un traitement régulier :	
Femmes	45
Enfants	23

DEUXIÈME PARTIE

LE SERVICE D'ACCOUCHEMENT

Femmes reçues dans le service	2.293
Avortements (1)	20
Accouchements par les voies naturelles	1.891
Opérations césariennes	11
Hystérectomies	0
Gestations ectopiques	0
Mortalité maternelle totale	6
Mortalité par infection	0
Chiffre total des naissances	1.902
Fœtus morts pendant la gestation	16
Fœtus morts pendant l'accouchement	60
Enfants morts pendant leur séjour à la Maternité	50
Enfants sortis vivants	1.756

(1) Ce petit nombre d'avortements est dû à ce que la Maternité ne reçoi qu'exceptionnellement les femmes qu'au-dessus de 6 mois de gestation. Les autres sont envoyées dans les services de chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

AVORTEMENTS

---

20 Observations

(N^{os} 56, 161, 163, 382, 471, 660, 691, 810, 830, 852, 856, 930, 1.264, 1.274, 1.583, 1.735, 2.011, 2.140, 2.198, 2.259.)

Dans 1 cas (Obs. 161) on a trouvé l'endométrite comme cause probable.

Dans 2 cas la syphilis confirmée par l'examen sérologique.

Dans 17 cas la cause de l'avortement n'a pu être déterminée.

Ces 20 avortements se produisirent :

3 fois dans le cours du 3^{e} mois,
6 fois dans le cours du 4^{e} mois,
8 fois dans le cours du 5^{e} et 6^{e} mois,
5 fois en un seul temps,
15 fois en deux temps.

Dans 3 cas on dut pratiquer la délivrance artificielle.

Dans 2 cas on dut placer un ballon de Champetier de Ribes :

1 fois pour procidence du cordon;

1 fois pour rupture prématurée des membranes et hémorragie.

Dans 1 cas il s'agissait d'hydramnios aigu (Obs. 810) résumée au chapitre « Hydramnios aigu ».

1 fois (avortement de 5 mois), on dut faire un curettage quatre jours après l'avortement pour élévation thermique. Ce curettage ramena des débris placentaires assez importants. Suites normales.

CHAPITRE II

RÉTENTION DE FŒTUS MORTS

16 Observations

N^{os} 103, 333, 593, 597, 707, 880, 992, 1.511, 1,792, 1.799, 1.971, 1.996, 2.019, 2.078, 2.149, 2.150.)

La syphilis est certaine dans 5 cas, probable dans 1 cas.

Une observation (333) concerne une femme ayant présenté de l'hypertension, sans albumine pendant toute sa grossesse (23-13 au Riva-Rocci). Elle fut mise au repos et au régime lacté absolu depuis le 9 janvier jusqu'au 4 mars. Dans ses antécédents on relevait deux grossesses, dont l'une se termina par un accouchement gemellaire d'enfants macérés au terme de 8 mois ½, et l'autre par un avortement de 5 mois ½. Pendant ces deux gestations, la femme eut de l'albumine en grande quantité dans les urines.

On a attendu le travail spontané dans tous les cas.

Dans tous les cas les suites de couches furent normales.

CHAPITRE III

ACCOUCHEMENTS

1° PRESENTATIONS

Sommet	1.681
Siège	35
Face	4
Front	0
Epaule	2

2° PRESENTATIONS ANORMALES

A) *Présentation du Siège.*

35 Observations

(N^{os} 11, 17, 119, 128, 136, 166, 184, 350, 381, 426, 430, 431, 440, 648, 725, 758, 806, 818, 835, 861, 944, 1.026, 1.088, 1.227, 1.251, 1.630, 1.673, 1.752, 1.818, 1.820, 1918, 2.060, 2.160, 2.202, 2.243)

16 primipares, 19 multipares.

Dans 2 cas on a trouvé comme facteur étiologique la gémellité.

Dans 1 cas l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dans les autres cas on n'a pu déterminer la cause.

Au cours de la gestation :

5 femmes avaient subi sans résultat, à la consultation, des tentatives de version par manœuvres externes.

Chez une gémellaire une présentation de l'épaule fut transformée en présentation du siège par manœuvres externes au moment de l'accouchement.

On observa 7 sièges complets, 29 décomplétés.

On relève :

2 grandes extractions, 1 pour souffrance fœtale, 1 pour défaut d'engagement.

Dans une d'entre elles on dut faire la perforation du crâne pour rétraction du col sur la tête dernière.

Obs. 806. — Primipare, 43 ans. Entre à la maternité le 24 mai à 11 h. 30. Diagnostic de siège au D. S. Bruits du cœur bons. Le 25 mai, à 7 heures, M. Le Lorier décide de faire l'abaissement d'un pied. La dilatation n'étant que de 2 centimètres environ, on pratique la dilatation manuelle, qui se fait très facilement. Après l'intervention, on ne perçoit plus les bruits du cœur. A 10 heures, efforts d'expulsion. Extraction du bras antérieuré et postérieur. A ce moment, le col se rétracte sur la tête, empêchant la manœuvre de Mauriceau. On doit pratiquer la perforation du crâne, après section des téguments de la nuque.

Mortalité maternelle	0
Mortalité infantile	3

1 enfant mourut pendant le travail.

1 enfant né en état de mort apparente ne put être ranimé; 1 mourut pendant son séjour à la Maternité.

B) *Présentation de la face.*

4 Observations (N^{os} 44, 317, 800, 1.205.)

2 primipares, 2 multipares.

Chez toutes ces femmes le bassin était normal. Dans les 4 cas l'accouchement fut spontané.

4 enfants pesant : 2.850 gr., 2.980 gr., 2.940 gr, 2.250 gr.

C) *Présentation de l'épaule.*

2 Observations (N^{os} 133, 1.848.)

2 multipares.

Dans les 2 cas accouchement spontané après version par manœuvres internes.

3° GESTATIONS MULTIPLES

A) *Gestations gémellaires.*

18 Observations

(N^{os} 19, 28, 78, 184, 381, 639, 725, 758, 791, 852, 1.214, 1.511, 1.630, 1.744, 1.872, 1.923, 1.971, 2.011.)

7 primipares, 11 multipares.

Nous avons trouvé 11 gestations bivitellines, 7 univitellines.

Dans les 11 cas de gestation bivitelline l'accouche-

ment se produisit neuf fois au cours du 9e mois, deux fois au cours du 8e mois.

Dans les 7 cas de gestation univitelline l'accouchement eut lieu trois fois au cours du 9e mois, une fois au cours du 8e mois, une fois au cours du 7e mois, une fois au cours du 5e mois. Dans ce dernier cas (Observation 2.011), fœtus mort et macéré. B.-W. : positif.

L'observation 1.511 concerne un accouchement à terme avec un premier jumeau bien portant et un deuxième mort et macéré.

Les présentations furent les suivantes :

	1er jumeau	2e jumeau
Sommet	15	13
Siège	4	3
Front	0	0
Epaule	0	1

Trois fois on dut intervenir :

1 version par manœuvres externes pour transformer une épaule en siège;

2 applications de forceps sur la même femme.

On note chez cette dernière une hémorragie de la délivrance qui nécessita un tamponnement utérin et une injection d'extrait hypophysaire.

Une fois on fit un curettage (Obs. 2.011).

b) *Gestation triple.*

1 Observation (1.369.)

IIe-pare. Rien dans les antécédents. B.-W. négatif. Gestation antérieure normale. Gestation actuelle : suivie à la

consultation, on fit le diagnostic de grossesse gémellaire. Elle entre à la maternité le 4 août. A ce moment : HU = 48 cm. (8e mois). Accouchement spontané de trois garçons vivants pesant : 2.130 gr., 2.000 gr., 2.700 gr. Premier fœtus : sommet ; deuxième fœtus, 20 minutes après, siège ; troisième fœtus, 5 minutes après, sommet. Délivrance naturelle. Deux masses placentaires distinctes, séparées par un pont membraneux sans vaisseaux. La plus grosse masse a deux poches amniotiques ; la cloison de séparation ne comprend que deux membranes. Le plus gros enfant avait comme placenta la petite masse. Suites de couches normales. Les trois enfants sortirent vivants de la maternité. Particularité curieuse, l'accouchement a été à peu près indolore.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

A) *Hydramnios aigu.*

Observation 810

IIe-pare. Avortement de 5 mois 1/2 en 1923. Elle présente à l'occasion de cette première grossesse un hydramnios considérable, avec gêne de la respiration. Actuellement, grossesse de quatre mois environ. La femme entre à Boucicaut le 28 mai pour douleurs dans la région lombaire et augmentation de l'abdomen depuis 15 jours. Examen : abdomen volumineux jusqu'au rebord des fausses côtes. Il est divisé en deux parties par un sillon horizontal très net, situé à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Douleur très marquée à la palpation bi-manuelle, surtout à gauche. A la fin de la journée, la femme se plaint de douleurs très intenses à la région précordiale, avec gêne respiratoire. Le volume de l'abdomen est passé de 31 cm. à 36 cm. On décide de faire la ponction de l'œuf. Il s'écoule un liquide clair, abondant, 4 litre environ. La femme n'a aucune contraction. Deux jours après, expulsion spontanée d'un fœtus pesant 400 gr. Délivrance naturelle. Placenta : 200 gr. Chez cette femme, le B.-W. était négatif. Il y avait du pus et du coli-bacille dans les urines. La malade sort en assez bon état. Au mois de juillet, elle fut opérée pour hydronéphrose et mourut des suites de l'opération.

B) *Insertion du placenta sur le segment inférieur.*

40 Observations

Nous comprenons dans ces observations tous les cas où le placenta se trouve à moins de 10 cm. de l'ouverture des membranes.

Dans tous les cas la grossesse évolua jusqu'au voisinage du terme, sauf dans deux cas où elle se termina par un accouchement prématuré de 6 mois ½ environ. Un de ces enfants né prématurément pesait 1.000 gr. à la naissance. Il put être élevé et sortit de la Maternité à l'âge de deux mois, pesant 1.800 gr.

3 fois des hémorragies assez graves eurent lieu au moment du travail et nécessitèrent une intervention :

1 fois une dilatation manuelle, puis une application de forceps (Obs. 541);

1 fois une basiotripsie (résumée au chapitre Basiotripsie, Obs. 576);

1 fois une opération césarienne (résumée au chapitre Opérations, Obs. 476).

On dut faire deux délivrances artificielles pour hémorragie.

c) *Albuminurie de la gestation.*

59 Observations

(N^{os} 23, 27, 75, 86, 91, 94, 263, 270, 279, 344, 346, 453, 478, 561, 586, 601, 613, 630, 636, 683, 703, 728, 766, 794, 834, 870, 878, 887, 928, 965, 1.027, 1.046, 1.058, 1.215,

1.430, 1.601, 1.642, 1.643, 1.690, 1.752, 1.777, 1.781, 1.794, 1.809, 1.835, 1.836, 1.851, 1.877, 1.882, 1.973, 2.070, 2.072, 2.098, 2.116, 2.174, 2.184, 2.209, 2.211, 2.266.)

35 primipares, 24 multipares.

55 accouchements au voisinage du terme, 4 accouchements prématurés (7e et 8e mois).

Chez 50 femmes l'albumine resta un symptôme isolé.

9 présentèrent de l'hypertension artérielle, au-dessus de 13 au Riva-Rocci, avec de la céphalée et des troubles visuels.

Chez 2 seulement on trouva de l'œdème assez accentué. Aucune n'eut de manifestations éclamptiques au cours de l'accouchement ni d'hémorragies.

Dans un seul cas, accouchement prématuré de 7 mois; l'examen du placenta révéla la présence d'un infarctus.

Mortalité infantile : 4 (dont 1 prématuré).

d) *Eclampsie ?*

Observation 1.266.

IIe-pare. Première gestation : avortement de 3 mois.

Crise d'éclampsie au cours du huitième mois. Cette femme présentait depuis quelques temps de la pollakiurie nocturne avec traces d'albumine, sans hypertension. On l'hospitalise. Le 13 juillet, elle eut une crise d'éclampsie pendant qu'elle était dans le bain, avec coma consécutif. On pratique une saignée de 500 gr. et on lui donne un lavement de choral. Ce fut la seule crise qu'elle présenta pendant sa grossesse. Elle accoucha à terme et ses suites de couches furent normales.

ETATS PATHOLOGIQUES GENERAUX

A) *Syphilis.*

48 Observations

(N^{os} 17, 56, 81, 102, 103, 194, 257, 379, 597, 817, 868, 932, 1.296, 1.348, 1.395, 1.397, 1.462, 1.504, 1.606, 1.719, 1.723, 1.831, 1.835, 1.843, 1.849, 1.912, 1.933, 1.935, 1.936, 2.005, 2.015, 2.019, 2.030, 2.053, 2.065, 2.067, 2.083, 2.084, 2.098, 2.123, 2.125, 2.131, 2.150, 2.174, 2.199, 2.203, 2.204.)

Ces observations sont celles de femmes ayant présenté une réaction de Bordet-Wassermann positive.

11 femmes avaient été traitées, 37 ne l'avaient pas été.

Voici un tableau comparatif des résultats de la gestation chez ces deux groupes de femmes :

	femmes traitées	non traitées
Avortements	0	1
Rétention de fœtus mort	»	»
Accouchement prématuré	1	1
Au voisinage du terme	10	32
Enfants morts pend. le trav. — Nés à terme	0	0
Enfants morts pend. le trav. — Prématurés.	0	1
Enfants sortis vivants	10	31
	sur 11	sur 37

B) *Tuberculose pulmonaire.*

9 Observations

(N^{os} 17, 166, 658, 809, 1.027, 1.491, 1.516, 1.536, 1.645.)

7 de ces femmes ne présentaient pas de tuberculose en évolution.

6 eurent un accouchement spontané et les suites de couches furent normales, sauf dans un cas (Observation 1.027), où la femme fit une assez forte élévation de température pendant 10 jours.

1 mourut dans le service après son accouchement (Obs. 809 résumée au chap. Mortalité maternelle).

Dans deux cas on fit une application de forceps à la période d'expulsion.

L'observation 1.536 concerne une femme présentant une tuberculose à évolution rapide. Envoyée de l'hôpital Laënnec pour qu'on lui fasse un avortement thérapeutique, elle mourut dans le service avant qu'on ait décidé d'intervenir (Obs. résumée au chapitre : Mortalité maternelle).

c) *Cardiopathie.*

11 Observations

(N^{os} 27, 94, 132, 591, 805, 859, 1.359, 1.455, 1.465, 1.540, 1.690.)

6 primipares, 5 multipares.

Dans 9 cas il s'agissait de lésions de l'orifice mitral, dans 2 cas d'insuffisance aortique.

3 présentèrent des accidents (hyposystolie avec dyspnée et léger œdème) pendant la gestation. 2 firent des accidents graves d'insuffisance cardiaque et moururent dans le service (Obs. 1.359 et 1540 résumées au

chap. Mortalité maternelle). Elles étaient enceintes de 5 et 6 mois.

On relève 8 accouchements à terme, 1 accouchement prématuré de 7 mois; 2 femmes mortes au cours de la grossesse.

Une fois on dut intervenir par une application de forceps.

Les suites de couches furent normales chez toutes les accouchées. Toutes sortirent en bon état.

Mortalité infantile : 1 accouchement prématuré (Observ. 1.690).

D) *Pyélonéphrite au cours de la gestation.*

11 Observations

(N^{os} 90, 619, 810, 854, 942, 1.092, 1.583, 1.629, 1.706, 1.1714, 1.863.)

Dans ces observations, l'examen des urines révéla de la pyurie. Huit fois on trouva du bactérium coli à l'examen bactériologique. Dans huit cas, l'accouchement eut lieu au voisinage du terme. On relève deux accouchements prématurés, dont un provoqué, et un avortement (Obs. 810).

Obs. 1345 *bis*. — Dans un des deux cas qui se terminèrent par accouchement prématuré, la femme fut traitée par la distension vésicale : injection de 200 à 250 cm^3 de sérum dans la vessie 5 fois par jour). Les injections amenèrent une débâcle urinaire avec abondante évacuation de pus. A partir de ce moment, l'état de la malade, qui auparavant était très asthéniée, amaigrie, avec un teint blafard et de la décoloration

des muqueuses, s'améliore rapidement et quelque temps après elle peut sortir de l'hôpital. Sa grossesse, toutefois, n'évolua pas jusqu'à terme. En effet, un mois 1/2 après, elle accoucha au terme de 7 mois environ (observation publiée à la Société de Gynécologie : séance du 8 décembre 1924).

Obs. 1921 *bis*. — Cette observation concerne une primipare de 17 ans. Dans les premiers jours d'octobre, elle fut prise de douleurs dans la fosse iliaque gauche, de frissons, de vomissements. Elle reste alitée quelques jours. Le 18 octobre, elle entre à l'hôpital Boucicaut (service du Pr Besançon). A ce moment, plus de douleurs ni de vomissements, mais une asthénie extrême. A l'examen : fièvre, urines purulentes, point douloureux costal. Le 30 octobre, dosage d'urée : 2 gr. 65 par litre de sang. Le 1er novembre, la malade passe à la maternité : asthénie, vomissements liquides verdâtres, jusqu'au 4 novembre. A ce moment, elle est très amaigrie, présente un faciès inquiet, les yeux cernés, les conjonctives décolorées. Le 6 novembre, dosage d'urée : 2 gr. 75. M. Le Lorier décide de provoquer l'accouchement. Après dilatation aux bougies de Hégar, on pose un ballon de Champetier de Ribes intra-utérin. Accouchement d'un enfant pesant 1.675 gr. Placenta : 340 gr. A la suite de l'expulsion du fœtus, l'état de la femme s'améliore de jour en jour. Au sixième jour, la température redevient normale et l'urée sanguine baisse rapidement.

Toutes ces pyélonéphrites furent traitées par le vaccin du Docteur Fisch en même temps que par le régime.

Mortalité infantile : 2 prématurés morts dans les premiers jours.

E) *Méningite cérébro-spinale.*

IIe-pare. Enceinte de 6 mois environ. Amenée sans connaissance à l'hôpital Boucicaut le 28 juillet. Temp. 39° 6. Pouls 120. Albumine. Attitude en chien de fusil. Raideur de la nuque. Pas de Kernig. Réflexes patellaires vifs Hyperesthésie cutanée. Pas de photophobie ni de douleurs à la pression des globes oculaires. Pas de paralysie des muscles de l'œil. Pas de constipation. La malade a eu des vomissements la veille: Céphalée intense. Ponction lombaire : liquide opalescent, après centrifugation purulent. Albumine > 1 gr. Nombreux polynucléaires. Quelques diplocoques. 40 cm³ de sérum intrarachidien et 20 cm³ intramusculaire. On ne peut pas mettre en évidence le méningocoque. Cependant, l'aspect du pus et l'amélioration rapide par le traitement donnent la certitude presque absolue de méningite cérébro-spinale. La malade sort guérie et sans aucune séquelle.

Est revenue accoucher ultérieurement dans le service. Accouchement normal.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

1° ANOMALIES DE LA DILATATION

Observation 1522. — Œdème du col.

III^e^-pare, 28 ans. A son entrée à la salle de travail, la femme présente une dilatation presque complète. Il ne reste plus qu'une partie du col à droite et en avant. 5 heures après, même dilatation. Œdème du col. Application de forceps en O. S. Fille vivante pesant 3.650 gr. Délivrance artificielle et révision utérine. 15 jours après, la femme se plaint de douleurs dans la jambe gauche. On constate une phlébite. On immobilise la jambe. Un mois après, on enlève la gouttière et on autorise la marche.

2° PROCIDENCES

A) *Procidence du cordon.*

5 Observations (N^os^ 80, 107, 834, 1.890, 2.198.)

5 sommets.

Dans deux cas la procidence se produisit avant la dilatation complète. Une fois on put réduire la procidence. On fit une application de forceps à dilatation complète et l'enfant naquit vivant (Obs. 80).

Dans trois observations la procidence se produisit

à dilatation complète. Dans les trois cas elle fut irréductible et les enfants moururent malgré un accouchement rapidement terminé par application de forceps. Une fois on tenta une version par manœuvres internes qui demeura infructueuse. L'enfant mourut pendant la tentative.

B) *Procidence des membres.*

1 Observation : 656.

Rupture tempestive des membranes. Main procidente. Réduction. Enfant vivant pesant 3.530 gr.

3° VICIATIONS PELVIENNES

A) *Bassins rachitiques.*

21 Observations

(N^{os} 107, 115, 155, 220, 227, 267, 270, 520, 539, 631, 694, 696, 896, 978, 1.081, 1.540, 1.824, 1.901, 1.951, 2.010, 2.061.)

Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 10,5 : 6.

Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10,5 : 18.

		PSP < 10,5	PSP > 10,5
Césariennes	Conservatrices ..	4	4
	Suiv. d'hystérect.	0	0
Applications de forceps.....		0	0
Basiotripsie		0	0
Pubiotomie		0	1
Accouchements prématurés....		0	0
Accouchements spontanés.....		0	14
Enfants morts (1 procidence du cordon)		»	1
Enfants sortis vivants.....			20
Mortalité maternelle			0

b) *Luxation congénitale de la hanche.*

Observ. 2.108.

Luxation bilatérale. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 2.820 gr. présentant un *spina bifida.*

c) *Coxalgie.*

2 Observations (N^os^ 560, 2.229.)

2 coxalgies gauches. Accouchements spontanés.

Obs. 560. — Coxalgie grave du côté gauche ayant évolué vers la dixième année. Raccourcissement de 9 cm., correspondant à une ascension de la tête fémorale et du grand trochanter. Bassin en antiflexion. Le détroit supérieur et l'excavation sont asymétriques. La moitié droite présente une diminution du rayon de courbure et la moitié gauche est légèrement aplatie. Au palper, on trouve une tête filant

dans la fosse iliaque droite. On fait porter une ceinture eutocique.

Accouchement naturel près du terme. Enfant vivant pesant 2.730 gr. Placenta : 300 gr.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

41 Observations

(N[os] 5, 19, 116, 118, 126, 127, 184, 218, 230, 360, 386, 388, 412, 418, 437, 522, 551, 560, 599, 627, 720, 781, 850, 890, 950, 1.241, 1.326, 1.328, 1.344, 1.501, 1.542, 1.575, 1.627, 1.683, 1.733, 1.772, 2.063, 1.955, 2.205.)

Dans 13 cas l'hémorragie nécessita une délivrance artificielle.

Dans 28 cas l'hémorragie survint après la délivrance. Toutes furent des hémorragies bénignes facilement arrêtées par des injections intra-utérines chaudes et des injections d'hydrophyse.

Toutes les femmes sortirent en bon état de la Maternité.

CHAPITRE VII

OPÉRATIONS

A) *Accouchement prématuré provoqué.*

1 Observation : N° 1.921 *bis.*

Il s'agit d'une femme atteinte de pyélonéphrite grave avec urémie. Résumée au chapitre : Pyélonéphrites.

B) *Forceps.*

43 Observations

(N^{os} 16, 19, 23, 39, 48, 80, 91, 106, 162, 248, 287, 458, 541, 785, 816, 819, 865, 892, 939, 978, 1.005, 1.021, 1.032, 1.032, 1.034, 1.058, 1.244, 1.332, 1.3333, 1.379, 1.465, 1.508, 1.586, 1.626, 1.777, 1.805, 1.835, 1.869, 1.890, 1.906, 2.016, 2.057, 2.065, 2.168.)

33 primipares, 10 multipares.

Toutes les applications ont été faites sur le sommet.

Tous les bassins, excepté un, étaient normaux.

Mortalité maternelle..... 0
Mortalité fœtale..... 2

Dans ces 43 applications nous avons relevé :

21 au détroit inférieur :

19 en D. P. (13 primipares, 6 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 9
Souffrance fœtale..... 8
Etats pathologiques maternels. 2

(1 cardiaque, 1 laparotomie ancienne.)

Déchirures du périnée..... 8

(Dans aucun cas le sphincter anal n'est touché.)

Suites de couches fébriles dans un cas seulement

2 en O. S. 1 fois pour défaut de progression;
1 fois pour souffrance fœtale.

Déchirure superficielle du périnée : 1.

22 dans l'excavation :

11 en G. A. (7 primipares, 4 multipares).

Indications : Défaut de progression..... 4
Souffrance fœtale..... 7

2 déchirures superficielles du périnée.

Suites de couches normales.

1 en D. S. (primipare).

Indication : Défaut de progression;
Déchirure superficielle du périnée;
Suites de couches normales.

1 en G. T. (4 primipares).

Indications : Défaut de progression..... 2
Souffrance fœtale..... 2
Suites de couches normales.

4 en D. T. (4 primipares).
Indications : Défaut de progression..... 2
Souffrance fœtale..... 2
Suites de couches normales.
0 en G. P.
2 en D. P. (2 primipares).
Indications : Défaut de progression..... 2

c) *Versions par manœuvres internes.*

2 Observations (N^os^ 133, 1.848.)

Obs. 133. — IIe-pare. Accouchement à terme. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes impossible à cause des contractions utérines. Rupture tempestive des membranes. Version par manœuvres internes. Extraction d'un garçon vivant pesant 2.800 gr. Délivrance naturelle immédiate. Placenta : 500 gr. Suites de couches normales.

Obs. 1848. — IIe-pare. Accouchement à terme. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes après rupture artificielle des membranes. Extraction d'un garçon ni étonné pesant 3.120 gr. Délivrance artificielle et révision utérine. Suites de couches normales. L'enfant mourut 11 jours après sa naissance de broncho-pneumonie. La mère sortit en bon état.

d) *Basiotripsies.*

3 Observations (N^os^ 614, 756, 972.)

Obs. 614. — Ie-pare, 22 ans. Rupture précoce des membranes 10 jours avant son entrée à la Maternité. Diagnostic d'hydrocéphalie. Après une application de forceps sans résultat et les bruits du cœur n'étant plus perçus, on décide

de faire une basiotripsie. Poids du fœtus sans matière cérébrale : 2.680 gr. Placenta : 450 gr. Suites de couches normales.

Obs. 753. — IIIe-pare. Entre le 17 mai pour légère hémorragie. Pas de douleurs. Examen : grossesse de 8 mois environ. Sommet mobile, élevé. Dos à gauche. Bruits du cœur bons. Excès de liquide. Col long et perméable. Promontoire accessible au loin.

Le 18 mai, hémorragie, caillots et sang liquide. La femme est pâle et fatiguée. A l'examen, on trouve un col non effacé, dilaté à un franc. On tombe sur le placenta, dont le bord empiète sur l'orifice du col. On rompt les membranes. Après l'écoulement du liquide amniotique, la femme ne perd plus de sang. Bruits du cœur ralentis. Deux heures après, on ne les entend plus. Le 19 mai, basiotripsie sur tête première à dilatation grande paume. Enfant pesant 2.350 gr. Délivrance artificielle. Trois heures après, shock. grave : huile camphrée, adrénaline, oxygène. Cet état dure 3/4 d'heure. Temp. 38°.9. Une demi-heure après, nouveau shock. Durée : 20 à 30 minutes. Puis l'état de la femme devient satisfaisant. Suites de couches normales.

Obs. 972. — Ie-pare. Basiotripsie pour défaut d'engagement sur enfant mort, à dilatation petite paume, les contractions utérines devenant subintrantes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

e) *Pubiotomie.*

1 Observation

La femme, Ie-pare, présente un léger rétrécissement du bassin, laissant espérer l'engagement de la tête fœtale. Rupture des membranes au début du travail. Au moment de

l'intervention, faite 24 heures après le début des contractions utérines, on trouve au toucher une dilatation de 4 com. environ obtenue grâce à une volumineuse bosse séro-sanguine. La tête est fortement appliquée contre le détroit supérieur, mais n'est pas engagée. Les contractions utérines sont subintrantes. On décide de faire une puliotomie. L'exécution ne présente aucune difficulté spéciale. On laisse ensuite l'accouchement se dérouler spontanément. M. Le Lorier revoit la femme six heures après. Elle est en période d'expulsion, mais présente un gros œdème suspubien et des grandes lèvres dû vraisemblablement à une infiltration sanguine. Il décide de terminer l'accouchement par une application de forceps faite dans l'excavation. Enfant vivant. La délivrance tardant à se faire et à cause d'une légère hémorragie, on pratique une délivrance artificielle. Suites normales. Suites éloignées excellentes. Pas de troubles urinaires. Pas de troubles de la marche.

F) *Opérations césariennes conservatrices.*

11 Observations

(N^{os} 155, 174, 220, 476, 804, 896, 1.081, 1.365, 2.010, 2.069, 2.079.)

10 fois l'opération césarienne fut pratiquée pour rétrécissement du bassin, 1 fois pour placenta prœvia. Toutes ont été faites suivant le procédé classique.

Obs. 155. — II^{e}-pare, 34 ans. Avortement antérieur de 3 mois 1/2. Bassin aplati généralement rétréci. Sacrum plat. P. S. P. à 10 cm. 2. Opération au début du travail. Membranes intactes. Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Ergotine. Hémorragie notable, environ un litre de sang. Enfant vivant : 2.150 gr. Placenta : 420 gr. Suites normales.

Obs. 220. — Ie-pare, 24 ans. Bassin aplati généralement rétréci. Sacrum accessible au loin. Tête tendant à filer dans la fosse iliaque droite. Membranes rompues 14 heures avant l'opération. Col non effacé. Enfant vivant : 3.250 gr. Placenta : 400 gr.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésieau mélange de Schleich. Ergotine. Suites normales.

Obs. 164. — IIe-pare, 26 ans. Première grossesse en 1922. Césarienne à terme. P. S. P. = 10 cm. Bassin généralement rétréci. Opération césarienne conservatrice au début du travail. Membranes intactes. Enfant vivant : 3.830 gr. Placenta : 750 gr. Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 476. — IIIe-pare. Accouchements antérieurs naturels, à terme. Bassin normal. Au cours de cette grossesse, la femme a eu plusieurs hémorragies par insertion de placenta sur le segment inférieur. A ce moment : globules rouges : 2.200.000. On fait l'opération césarienne avant tout début de travail. Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Ergotine. Enfant vivant : 2.900 gr. Placenta : 506 gr. Il recouvrait très largement l'orifice interne de l'utérus et s'étendait à 7 ou 8 cm. au delà. Suites normales.

Obs. 896. — Ie-pare, 19 ans. Bassin aplati, généralement rétréci. Sacrum plat. P. S. P. = 10 cm. Opération pratiquée une heure après la rupture prématurée des membranes. La femme n'avait encore eu aucune contraction douloureuse. Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 1081. — Ve-pare. Bassin légèrement rétréci. P. S. P. = 11,4. Gros œuf 'IU : 41 cm. Première grossesse en 1919 ; fille pesant 5 kg ; forceps ; l'enfant présente une

maladie de Little. Deuxième grossesse en 1920 ; forceps ; enfant mort né. Troisième grossesse en 1921 ; fille pesant 3.750 gr., vivante ; forceps. Quatrième grossesse en 1922 ; forceps ; garçon vivant : 4.300 gr. Opération 10 heures après le début d utravail. Membranes intactes.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Ergotine. Enfant vivant : 4.230 gr. Suites normales.

Obs. 1365. — Ire-pare, 35 ans. Bassin aplati, généralement rétréci.

Opérateur : M. Vignes. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 2069. — Ire-pare, 21 ans. Bassin aplati, généralement rétréci. Sacrum accessible au loin. Opération 24 heures après le début du travail. Membranes intactes. Début de rétraction de l'anneau de Schrœder. Enfant vivant : 2.800 gr. Placenta : 450 gr.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 2049. — IIIe-pare. Deux césariennes antérieures. Bassin aplati, généralement rétréci, avec sacrum concave. P. S. P. = 9 cm. 4. Opération pratiquée environ 12 heures après le début du travail. Membranes intactes. Enfant vivant : 2.800 gr. Placenta : 450 gr.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 2079. — IIe-pare, 27 ans, Première césarienne en août 1922. Bassin aplati, généralement rétréci. Opération avant le début du travail. Hémorragie abondante pendant l'intervention. Ergotine. Sérum. Enfant vivant : 3.770 gr. Placenta : 750 gr.

Opérateur : M. Vignes. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

Obs. 1831. — IIIe-pare, 24 ans. Première grossesse en 1918, menée à terme ; embryotomie ; enfant pesant 4 kilog. Deuxième grossesse en 1923 ; accouchement prématuré spontané au terme de 7 mois ; enfant vivant pesant 2.250 gr., bien portant. Examen : bassin généralement rétréci. Sacrum plat P. S. P. = 10,2. Opération césarienne conservatrice au début du travail. Membranes intactes. Enfant vivant pesant 3.400 gr. Placenta : 700 gr. Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich. Suites normales.

g) *Délivrance artificielle.*

23 Observations

(Nos 116, 126, 127, 161, 522, 551, 591, 693, 766, 939, 950, 1.326, 1.541, 1.733, 1.746, 1.848, 1906, 1.936, 1.945, 1.989, 2.063, 2.131, 2.140.)

On pratiqua la délivrance artificielle :

13 fois pour hémorragie de la délivrance;

10 fois pour défaut de décollement du placenta.

Les suites de couches furent fébriles dans 5 cas, normales dans tous les autres.

Mortalité : 0.

CHAPITRE VIII

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

1° INFECTIONS UTERINES

A) 35 femmes présentèrent dans les suites de couches des signes d'infection bénigne. Ces infections durèrent 4 à 5 jours en moyenne. Le traitement consista en application de glace sur le ventre.

B) 2 femmes présentèrent une phlébite des membres inférieurs (Obs. 1.527, 1.977).

1 forceps pour œdème du col et une revision utérine, 1 accouchement spontané.

Obs. 1527. — III^e-pare. Forceps en O. S. pour œdème du col. Révision utérine. Trois jours après température dûe probablement à une lymphangite du sein. Le 14^e jour, douleurs dans le pli de l'aine et la jambe gauche. Rougeur et œdème. On place la jambe dans une gouttière et la femme est autorisée à marcher. Sortie en bon état.

Obs. 1977. — III^e-pare, 40 ans. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle. 8 jours après, la femme présente un panaris qu-on incise. Le lendemain, elle se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche. On la place dans une gouttière. Temp. 38°. La température

tombe au bout de 14 jours. Marche autorisée au bout d'un mois. Sortie en bon état.

Obs. 1870. — II°-pare. Rien dans les antécédents. Accouchée chez la sage-femme agréée. Vient à l'hôpital pour température. Examen à l'entrée. Temp. 39° 2. Pouls rapide, mais bon. Douleur dans le bas-ventre. A la palpation, on trouve une paroi résistante et on réveille une douleur exquise à gauche au niveau du ligament large. Pansements vaginaux. Les jours,suivants, température oscillante entre 37 et 39°. L'utérus est lateroversé à droite. Ces oscillations thermiques durent 1 mois 1/2. A ce moment, chute thermique. 15 jours après, la malade sort en bon état.

2° INFECTIONS MAMMAIRES

28 femmes présentèrent dans les suites de couches une lymphangite mammaire, unilatérale ou bilatérale. Ces lymphangites furent guéries par des pansements humides chauds. Dans un cas il y eut abcès (Obs. 1.397). Toutes les femmes furent guéries en moins de 15 jours.

CHAPITRE IX

MORTALITÉ MATERNELLE

6 femmes sont mortes à la Maternité.

1 accouchée en ville est morte, présentant un ictère survenu à la suite d'injections intraveineuses de novarsénobenzol faites à l'hôpital Broca (Obs. 138).

1 à la suite de l'expulsion d'un fibrome après l'accouchement.

1 à la suite d'une opération faite pour hydronéphrose prise pour kyste de l'ovaire.

2 cardiaques mortes dans le service avant l'accouchement.

Obs. 138. — Ire-pare, 24 ans. Accouchée en ville. Rentre dans le service le lendemain. Examen : ictère et troubles psychiques (amnésie, obnubilation) foie un peu gros, non douloureux. Pas de douleurs sur le trajet du chlolédoque. Pas d'albumine, urines claires. L'interrogatoire apprend que la malade suivait un traitement antisyphilitique à l'hôpital Broca. Son ictère serait apparu à la suite d'une injection de novarsénobenzol. Le lendemain, obnubilation plus marquée puis état semi-comateux. Le troisième jour après son entrée, coma complet. Respiration lente, stertoreuse. Tympanisme abdominal. Hémorragie gongivale. Ecoulement sanguinolent par la vulve. Mort. L'autopsie ne fut par pratiquée.

HYDRONEPHROSE

Obs. 810. — IIe-pare. Deux avortements au terme de cinq mois par hydramnios ayant nécessité à chaque fois une ponction de l'œuf. Le dernier avortement eut lieu à l'hôpital Boucicaut le 28 mai 1924, deux mois avant le retour de la malade dans le service (observation résumée au chapitre hydramnios). Le 22 juillet, on trouve à l'examen : abdomen légèrement augmenté de volume, surtout dans la forme iliaque gauche. Palpation : tumeur molle, lisse, fluctuante. Percussion : matité à convexité inférieure, surtout localisée à gauche, remontant jusqu'à l'hypochondre. Matité non déplaçable. L'opération pratiquée par M. Le Lorier montre une hydronéphrose à gauche. La femme meurt quelques jours après de péritonite.

CARDIOPATHIES MITRALES

Obs. 1359. — IIIe-pare, 26 ans. A son entrée dans le service, on constate une dyspnée très marquée, avec faciès anxieux, extrémités cyanosées avec œdème des malléoles, quelques râles aux bases des poumons. Cœur augmenté de volume. Souffle systolique au foyer mitral. Pouls : 120. T. A. = 13 — 6. Matité hépatique augmentée. Utérus développé comme pour une grossesse de 5 mois environ. Bruits du cœur perçus. Rétention probable. Malgré le traitement (saignée, digitaline, ouabaïne) la femme meurt quatre jours après son entrée.

Obs. 1540. — Ire-pare. Premiers accidents remontant à deux ans et demi, mais aggravés depuis le début de la grossesse. Plusieurs hémoptysies. Dyspnée très marquée. Soignée pendant 8 jours à l'hôpital Laënnec, elle est envoyée à la Maternité de Boucicaut pour accouchement thérapeutique. A l'auscultation : roulement diastolique. Palpation :

missement cataire. M. le Dr Vignes décide de faire poser un ballon de Champetier de Ribes. Mais l'état de la malade s'aggrave rapidement. Elle meurt sans qu'on ait pu intervenir.

TUBERCULOSE

Obs. 809. — Ire-pare. Entre dans le service le 25 mai. Bien portante avant sa grossesse, elle commence à souffrir dès le 1er mois. Vomissements sérieux pendant trois mois. L'appétit est conservé. Aussi, peu d'amaigrissement. Pas de fièvre pendant cette période. Au mois de janvier, elle commence à tousser. Pas de crachats. Deux mois avant son entrée : laryngite croissant rapidement avec aphonie très marquée et dysphagie. A ce moment, elle commence à maigrir et la fièvre apparaît. 15 jours après, expectoration abondante et 4 ou 5 petites hémoptysies. Examen à l'entrée : larynx : pâleur du voile, ulcérations de l'épiglotte, des arythénoïdes, des cordes vocales. Poumons : légers craquements sous la clavicule gauche en avant et aux deux sommets en arrière. Le 25 mai, travail. La femme est gênée pour respirer. A dilatation complète, application de forceps. Extraction d'une fille vivante pesant 2.650 gr. L'état de la femme devient de plus en plus mauvais les jours suivants. Elle meurt le 12e jour après son accouchement.

INFECTION UTERINE

Obs. 1. — IIe-pare, 29 ans. — Accouchement naturel à terme. Garçon vivant, pesant 3.170 gr. Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta dans la corne droite de l'utérus, entre deux volumineux noyaux fibromateux. Poids du placenta : 420 gr. La paroi utérine est farcie de fibrômes. Cette femme continue à perdre le sang. Hypophyre, huile camphrée, sérum, ergotine. Tamponnement utérin. 8 heures après, on enlève le tamponnement et on fait une transfusion sanguine de 100 cm3. La température reste normale pendant

18 jours. A ce moment, la femme a des contractions utérines violentes. En même temps, shlock avec décoloration des muqueuses. Poids : 140. Au toucher, on trouve une masse molle faisant issue à travers le col utérin largement ouvert. On retire une masse, semblant placentaire, du volume d'une orange, extrêmement fétide. Une révision utérine pratiquée ramène des débris fétides. Quelques jours après, pâleur, dyspnée intense, ventre météorisé. Enfin syncope, puis mort.

CHAPITRE X

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

1° MALFORMATIONS FŒTALES

(N°s 79, 237, 398, 1.205, 1.817, 2.104, 2.108.)

Obs. 79. — Ie-pare, 23 ans. Accouchement spontané à terme. Garçon vivant pesant 3.740 gr. Placenta : 180 gr. L'enfant présente un doigt supplémentaire à chaque main et un orteil supplémentaire à chaque pied. B.-W. négatif.

Obs. 237. — Ie-pare. Accouchement spontané à terme. Fille vivante : 3.050 gr. Placenta : 440 gr. Imperforation de l'oreille externe à gauche. B.-W. négatif.

Obs. 398. — Ie-pare. Accouchement spontané à terme. Enfant pesant 3.260 gr. Placenta : 520 gr. Imperforation de l'anus. Opéré le lendemain de sa naissance, cet enfant mourut 8 jours après. B.-W. négatif.

Obs. 1205. — Ie-pare, 20 ans. Accouchement spontané à terme. Fille vivante : 2.250 gr. Placenta : 370 gr. Spina bifida dorso-lombaire. B.-W. négatif.

Obs. 1817. — IVe-pare, 22 ans. Trois accouchements antérieurs à terme. Enfants normaux. Quatrième accouche-

ment spontané à 8 mois 1/2. Fille pesant 2.180 gr. Placenta : 420 gr. Pied bot varus equin à gauche. B.-W. négatif.

Obs. 2104. — IIe-pare, 38 ans. Premier accouchement normal. Enfant bien portant. Deuxième accouchement spontané à terme. Fille pesant 4.100 gr. Placenta : 580 gr. Enfant présentant deux pieds bots et un spina bifida dorso-lombaire. Décès le sixième jour. B.-W. négatif.

Obs. 2108. — Ie-pare, 25 ans. Accouchement spontané à terme. Garçon vivant : 2.800 gr. Placenta : 410 gr. Spina bifida dorso-lombaire. Décès le cinquième jour. B.-W. négatif.

2° MORTALITE INFANTILE

A) Fœtus morts pendant la gestation..... 16

B) Fœtus morts pendant l'accouchement..... 60

A terme ou au voisinage du terme..... 26

C) Enfants morts pendant leur séjour à la Maternité 50

19 accouchements spontanés (19 sommets).

7 accouchements opératoires (3 forceps, 3 basiotripsies, 1 perforation du crâne).

Prématurés 34

(34 accouchements spontanés.)

(D) Enfants morts pendant leur séjour à la Maternité 50

Nés à terme ou au voisinage du terme..... 29

1er jour 6

Du 2e au 10e jour..... 13

Après le 10e jour..... 10

Nés prématurément 21

1er jour	5
Du 2e au 10e jour	13
Après le 10e jour	3

Soit un pourcentage de 3,15, avortements non compris.

TROISIÈME PARTIE

SERVICE SOCIAL

Il est adjoint à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut une œuvre d'assistance médico-sociale. Cette œuvre a été créée en 1921 et porte le nom de « Société des Amis de la Maternité de l'Hôpital de Boucicaut ». Elle a pour objet de compléter par tous les moyens possibles les services rendus par l'Assistance publique à la maternité, notamment en aidant moralement et matériellement les femmes et les enfants qui y sont hospitalisés ou qui y viennent en consultation.

Des infirmières sociales sont chargées de faire toutes les enquêtes utiles afin de savoir quelles sont les moyens d'existence et les besoins de toutes les femmes en état de gestation qui viennent à la consultation et de celles qui accouchent dans le service. Elles font toutes les démarches nécessaires pour leur permettre de recevoir le plus rapidement possible les allocations auxquelles elles ont droit.

Lorsque la femme est seule et n'a personne à qui elle puisse confier ses enfants pendant son séjour à la Maternité, on les fait entrer dans des Asiles pour enfants, principalement à « l'Asile temporaire », rue Dutôt, ou bien à la « Fondation Kopp », avenue du Parc Montsouris.

Si, privée d'aide, ses moyens d'existence ne lui permettent pas de se reposer avant son accouchement, elle est placée elle-même dans des refuges de femmes enceintes, tels que la « Société de l'Allaitement maternel », rue Jean-Baptiste-Dumas; « l'Asile Michelet », rue de Tolbiac, et surtout « l'Asile Ledru-Rollin », à Fontenay-aux-Roses, dont M. le Docteur Le Lorier est actuellement médecin-chef.

Après convalescence, les mères abandonnées qui désirent être placées avec leurs enfants sont envoyées à « l'Hôtel Maternel », rue de la Bidassoa, qui se charge de les placer dans des pouponnières ou dans des maisons bourgeoises.

CONCLUSIONS

La Maternité de l'hôpital de Boucicaut comprend :

1° Un service d'hospitalisation pour femmes gravides, parturientes et accouchées;

2° Un service de policlinique comprenant trois dispensaires :

a) Dispensaire pour femmes en état de gestation ;

b) Dispensaire pour mères nourrices et nourrissons ;

c) Dispensaire pour le traitement de la syphilis.

3° Un service d'assistance médico-sociale.

Vu : *Le Président*
E. COUVELAIRE.

Vu : *Le Doyen*,
A. ROGER.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 ers